茨城県市町村職員共済組合 高額療養費(外来年間合算)支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

課	係	係	
長	長	員	

∓間(の高額	額療:	養費	を申	請す	る場	易合
	/ = 1 Arte 1						

基準日(計算期	間の末日)時点では当組合	に加入しているが	が、計算期間中	中に他の[医療保険の	加入	期間も	もある場合 (組合	合記入欄) 支給申請書整理番号				
申請対象年度	令和	○○ 年度	計算期間の	D始期及び終期	1	令和 ○	〇 年	8 月	月 1 日から令和 ○○	年 7 月 31 日まで	1 枚中	1	枚目	
フリガナ									保険者名	加入期間	添付の自己負担	旦額証明書	整理番号	
申請者氏名		共 済	太 郎				保険	1	○○健康保険組合	平成 〇〇 年 4 月 21 日から 令和 〇〇 年 3 月 31 日まで	00000	00000	000	
生年月日	平成	○○ 年 ○○ 月	○○ 日 生	性 別	男	女	者加入	2		年 月 日から 年 月 日まで				
組合員証の記号	号番号	000-0	0000				歴 ※1	3		年 月 日から 年 月 日まで				
加入期間	間	令和 ○○ 年	4月1日から	令和 ○○ 年	F 7月	31 日まで	計算	算期間	引の末日において加入する日	医療保険者の名称 ※2				
フリガナ		キョウサイ	ハナコ						保険者名	加入期間	添付の自己負担	且額証明書	整理番号	
被扶養者氏名		共 済	花 子				保険	1	○○健康保険組合	平成 ○○ 年 4 月 21 日から 令和 ○○ 年 3 月 31 日まで	00000	00000	000	
生年月日	平成	〇〇 年 〇〇 月	○○ 日 生	性 別	男	女	者加入	2		年 月 日から 年 月 日まで				
加入期間 令和 ○○ 年 4 月 1 日から令和 ○○ 年 7 月 31 日まで						歴 ※3	3		年 月 日から 年 月 日まで					
フリガナ									保険者名	加入期間 添付の自己負担額証明書				
被扶養者氏名							保険	1	交付を受けた[白]	\\\				
生年月日		年 月	日 生	性 別	男	女	者加入	2	してください。	、「自己負担額証明書」を添付し				
加入期間	罰	年	月 目から	年	F 月	日まで	歴 ※3	3	負担額証明書整理	番号」欄に「添付なし」と明記して 	ください。			
借 着 考														
茨城県市町	世間の 対象を申請します。													
② 自己負担額証明 ※自己負担額証明	明書の交付 引書の交付 F			ー でください。 申	E 所 申請者氏名		済		•	職名 ○ ○ 所属所長 氏名 ○ ○				

茨城県市町村職員共済組合 高額療養費(外来年間合算)支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

課	係	係	
長	長	員	

	╡	己負:	担額証	明書♂)交付を	・申請す	-る場合
--	---	-----	-----	-----	------	------	------

基進日(計算期間の末日)時点では他の医療保険に加入しているが、計算期間中に当組合の加入期間もある場合

(組合記入欄) 支給申請書整理番号

_ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			0070 7.1														
								8	月 1 日から	令和 ○○	年 7 月 31	まで		1 柞	女中	1	枚目
フリガナ キョウサイ タロウ								保険	者名	加入期間 添付の自己負担額証明書整理						整理番号	
申請者氏名		共 済	太 郎				保険	1			年年	月月	日から 日まで				
生年月日 平成		〇〇 年 〇〇 月	○○ 日 生	性 別	男	女	者加入	2			年年	月月	日から 日まで				
組合員証の記せ	号番号	000-0	0000				歴 ※1	3			年年	月月	日から 日まで				
加入期間	間	令和 ○○ 年	4月 1日から	令和 ○○ 年	3 月	31 目まで	計算	算期	間の末日におい	て加入する医	療保険者の名称	2	,	〇健康	保険網	且合	
フリガナ		キョウサイ	ハナコ						保険	者名	加力	期間		添付の自	己負担	額証明書	整理番号
被扶養者氏名		共 済	花 子				保険	1	7月	31日時点で加	加入している医	原保険 者	から 名称を	上記入して	くださ	ر.]
生年月日	平成	〇〇 年 〇〇 月	○○ 日 生	性 別	男	女	者加入	2			年年	月月	日から 日まで				
加入期間	間	令和 ○○ 年	4月 1日から	令和 〇〇 年	3 月	31 日まで	歴 ※ 3	3			年 年	月月	日から 日まで				
フリガナ									保険	者名	加力	期間		添付の自	己負担	額証明書	整理番号
被扶養者氏名							保険者	1			年年	月月	日から 日まで				
生年月日		年 月	日 生	性 別	男	女	者加入	2			年年	月月	日から 日まで				
加入期間	間	年	月 日から	年	月	日まで	歴 ※3	3			年 年	月月	日から 日まで				
備考	備考										任意継続約	且合員の	方は、所	属所長の	証明に	本不要で	す。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 申請年月日

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

① 外来年間合算の支給を申請します。 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 申請者氏名 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。

住 所

茨城県○○市○○町○○番地

共済太郎

上記内容に相違ないことを証明します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

〇〇市長

所属所長

氏名

0 0 0 0